

【令和8年度】 特定健康診査情報提供票

		保険者番号	460204		
※フリガナ		生年月日	昭和	年	月 日
氏名		性別/年齢	男 女	歳	
住所	〒	受診券整理番号			
		被保険者証番号			

【医療機関の方へ】  
 ●特定健康診査を受診する方、又はすでに特定健康診査を受診済の方は、情報提供の必要はありません。  
 ●特定健康診査情報提供料請求書及び記入例は、霧島市ホームページに掲載しています。ダウンロードしてお使いください。ご連絡いただければ、お送りいたします。  
 ●結果がすべて埋まらなければ、情報提供料のお支払いができません。

【医療機関記入欄】

治療中の疾患の名称（主病を明記してください）		主病名：				
基本項目	項目	結果	追加検査実施 (○を記入)	注意事項		
	身体計測	身長	cm		小数点以下1桁	
		体重	kg		小数点以下1桁	
		腹囲	cm		小数点以下1桁	
		BMI	kg/m <sup>2</sup>		小数点以下1桁	
	血圧	収縮期血圧	mmHg			
		拡張期血圧	mmHg			
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪（TG） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可	
		随時中性脂肪 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl			
		随時中性脂肪 （食後3.5時間未満）	mg/dl			
		HDL-C	mg/dl		いずれかで可	
		LDL-C	mg/dl			
		non-HDL-C	mg/dl			
	肝機能検査	AST（GOT）	U/L			
		ALT（GPT）	U/L			
		γ-GT（γ-GTP）	U/L			
	血糖検査 （いずれか1つの記載で可）	空腹時血糖（FBS） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可 （HbA1cは小数点以下1桁）	
		随時血糖 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl			
HbA1c（NGSP値）		%				
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+				
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+				
質問票確認	裏面質問票（質問事項※0、1、2、3、8）の記入確認					

【霧島市追加項目医療機関記入欄】

追加	尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+		
	腎臓検査	クレアチニン（CRE）	mg/dl		小数点以下2桁

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

※追加検査実施日 又は  
 ※基本項目記入年月日：令和 年 月 日

<p>■「医師の意見」</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 異常認めず</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 要指導・観察</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 要医療</p>	<p>■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 生理中</p> <p><input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有する</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

医療機関住所： \_\_\_\_\_

※医療機関番号： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

※医師名： \_\_\_\_\_

■本人同意欄（自筆）

この提供票・質問票を霧島市に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日 氏名

※ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合代筆者の記名・押印をお願いします。

～特定健診を受診される方は、この用紙は使用できません～

特定健康診査情報提供 【質問票】

受診者氏名：

質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。		
※ 0	今、体調の悪いところがありますか。	1. はい ( )	2. いいえ	
※ 1	A：現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 2	B：現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1. はい	2. いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
※ 8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい （条件1と条件2を両方満たす）		
		2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない （条件2のみ満たす）		
		3. いいえ （①②以外）		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1. はい	2. いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい	2. いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる		
		2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		
		3. ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日	2. 週5～6日	
		3. 週3～4日	4. 週1～2日	
		5. 月に1～3日	6. 月に1日未満	
		7. やめた	8. 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1. 1合未満	2. 1～2合未満	
		3. 2～3合未満	4. 3～5合未満	
		5. 5合以上		
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	1. 改善するつもりはない		
		2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）		
		3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。		
		4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）		
		5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）		
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。

●情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。